



Corsi di formazione maestri AVMS Selezione 2022

ALLEGATO 1 - QUESTIONARIO SULLA SALUTE

DATI PERSONALI

Nome			
Cognome			
Data di nascita	___/___/___	Indirizzo di Residenza	
Sesso	☐ Maschile ☐ Femminile	N° cellulare	
Nazionalità			

DOMANDE

	SI	NO
Hai avuto qualsiasi sintomo del raffreddore (tosse, naso che cola, mal di gola, difficoltà respiratorie, perdita del gusto o dell'olfatto) negli ultimi 14 giorni?	☐	☐
Hai avuto uno dei seguenti sintomi negli ultimi 14 giorni: - Febbre - Dolore al petto - Mal di testa - Nausea/vomito - Diarrea	☐	☐
Sei stato in contatto con qualcuno con una comprovata infezione da Covid-19 negli ultimi 14 giorni?	☐	☐
Sei stato in quarantena negli ultimi 14 giorni?	☐	☐
Sei risultato positivo al test PCR (reazione a catena della polimerasi) negli ultimi 14 giorni?	☐	☐

Firma: _____

Data: _____